

|                                                 |                                                                                                |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO<br/>DI TEST</b> | <b>TEST ACCREDITAMENTO</b><br><b>Data nascita: 01/01/1970</b><br><b>ID Paziente: 123456789</b> |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

**VISITA CARDIOLOGICA**

**Referto**

Referto di Test 0

**Prestazioni**

prestazioni eseguite e procedure operative di esame

**Anamnesi Patologica Remota**

Allergia 1

Allergia 2

**Sintomi attuali**

infusione Fe carbossimaltosio.

**Conclusioni**

Paz in buon compenso di circolo.

**Il medico**

*DOTT. MEDICO DI TEST*

-----